TL4413

Saúde em Português

Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde Primários dos Países de Língua Portuguesa

ONGD - Reconhecida pelo Instituto da Cooperação Portuguesa do Ministério dos Negócios Estrangeiros de Portugal
Instituição de Utilidade Pública de Portugal
Membro da Plataforma das Organizações Não Governamentais Portuguesas para a Cooperação e Desenvolvimento

A Saúde em Timor

Tentar entender a actual problemática da saúde em Timor é, antes de tudo, entender o mundo médico ou à saúde na Indonésia, a mentalidade dos profissionais no campo de saúde e a visão popular sobre a saúde. Daria um compêndio falar disso tudo, pelo que só me limitarei a dizer algo do que sei. Tenho que remarcar que tudo o que está escrito, são observações puramente pessoais, são acontecimentos reais (muitos fazem parte do quotidiano), mas são coisas que serão muito difíceis de serem provadas cientificamente. Isto, em parte, deve-se ao estado político-social onde se encontra agora Timor e toda a Indonésia.

A educação médica

Duram entre 6,5 e 15 anos a educação médica (medicina geral). O aspecto totalitário do governo reflecte-se também nas faculdades, onde os estudantes só podem ser estudantes. Estão ali para aprender. O feudalismo é uma realidade que todos aceitam sem reservas nos bancos da faculdade. O estudante quase não tem direitos. Os professores podem mudar os horários, podem dar todas as espécies de castigos e ninguém protesta, ninguém diz nada. Na Java, esta completa aceitação, esta subordinação a quem é considerado superior, é parte da cultura. Os javaneses têm uma palavra que exprime tudo isto: «nrimo». Tudo é aceite. Tudo o que vem «de cima» é para ser cumprido.

Esta atitude de submissão total nota-se ainda mais durante o estágio (a partir do quinto ano da formação médica). Ali o estagiário é não mais que um criado.

O mesmo acontece com os residentes (os que estão em processo de se especializarem). Durante os dois primeiros anos (caloiros) são mesmo criados. Não têm direito para mais nada além do ar que respiram! Durante esses anos é ele quem tem que varrer o chão, pôr em dia a electricidade, enfim, fazer tudo para que o lugar onde trabalham os seus seniores seja o mais confortável. Eles nunca podem dizer NÃO a um senior (residente)! Têm que fazer as traduções (bem, o mais exacto é pagar pelas traduções) para eles, dactilografar as tesesinhas que eles têm que fazer... Quando há visitantes são eles quem têm que tratar dos transportes, da acomodação, comida, etc... até o momento em que o visitante esteja de volta.

A maior parte dos professores não domina outra língua além do Bahasa Indonésia e do Javanês (que usam muitas vezes durante as aulas). Eu não sei como eles se actualizam na medicina, pois na Indonésia não há periódicos médicos de classe. Têm um ou outro jornal médico (MEDIKA, MAJALAH KEDOKTERAN INDONESIA; ROPANASURI), mas o conteúdo! Só Deus é que sabe. Assinar revistas em inglês é coisa que raras vezes fazem, primeiro por causa da língua e também por causa do preço. Não é por que eles não possam pagar, mas mais é por sentirem que não lhes vale muito ler, pois já aprenderam tudo. Há sebentas que duram já 3 anos! Ler jornais médicos nacionais? Bem, todos sabem como os artigos são escritos, como os trabalhos de investigação são feitos. Muitos artigos publicados nesses jornais não são mais do que traduções de artigos médicos estrangeiros, com dados inventados!

Bem, o que queria fazer chegar falando da educação médica indonésia (geral e especialista) é: durante os seus tempos de estudante, o futuro médico ou especialista é explorado até aos ossos. E então, logo que ele se liberta desta situação escravizante, ele torna-se um reizinho! Livre, livre para tudo! Éticas? Durante toda a formação médica, as aulas de Ética Médica não fazem mais do que 24 horas. (Só durante um semestre, uma hora por semana! E, geralmente, as salas estão vazias. Só lá está o professor e menos de um terço da turma.)

O médico na sociedade indonésia

A preparação de um médico reflecte-se na atitude do médico perante os doentes na sociedade geral. Até os princípios de 1994, logo depois da formação médica, o novo médico alista-se logo no Ministério da Saúde, que logo o coloca geralmente num PUSKESMAS (Centro Sanitário Rural). Lá, pode-se dizer que cerca 90% do trabalho do médico - que é ao mesmo tempo chefe do Puskesmas (onde geralmente só existe um médico) - é de carácter admnistrativo. Ele tem pouco tempo para dar consultas de manhã, pelo que estas geralmente são dadas à tarde, onde são já consideradas consultas particulares (prática médica) que têm que ser pagas pelo doente.

O médico está muitas vezes colocado numa posição difícil no Posto Administrativo onde trabalha, onde ele tem como superiores (admnistrador do posto e outros chefes de secção no posto administrativo) gente com preparação académica muito mínima; muitos desses administradores do posto alcançam o lugar graças a promoções ou cunhas e (até cerca dos princípios de 1991) a maior parte deles só tem a escola primária. Numa situação assim, há postos administrativos onde o médico é o "sabe-tudo" mas também há postos onde ele praticamente não pode fazer nada, pois tem os seus programas boicotados. Todos os programas sanitários são programas elaborados em Jakarta e muitas vezes não são aplicáveis nesses Puskesmas por mil e uma razões. A cultura, religião, maneira de viver, condições geográficas e distribuição demográfica não possibilita a execução dos programas, coisa que dificulta muito o médico e todo o "staff" sanitário, pois as promoções, a impressão que eles dão como funcionários do estado, são feitas usando a percentagem dos programas já feitos. Há cerca de 15 programas sanitários (higiene rural, imunizações às crianças e às grávidas, combate às doenças contagiosas, família planejada, etc).

Isto tudo sem falar da presença dos militares, que são os reais 'senhores da terra'.

Com vencimento mensal mínimo (cerca de 90.000 rupias nos primeiros 12 meses e cerca de 150.000 rupias nos 2 anos seguintes) como funcionário do governo, a maior parte dos médicos recorre-se à prática particular como meio de ganhar a vida.

A imagem do médico como essa pessoa dedicada à medicina, ao serviço da humanidade, é uma imagem muito obscura na Indonésia. Ser médico é ser rico em pouco tempo. É muito raro um médico indonésio receber (queria dizer, estar disposto a receber) chamadas para a casa dos doentes. E, o que é matéria de queixa da população, é a atitude do médico, quando trabalha de manhã e quando recebe os doentes em casa. De manhã (como funcionário do estado), ele é um tipo muito apressado, quase antipático... muito diferente daquele médico que recebe as pessoas com um sorriso no consultório particular (que muitas vezes é o mesmo consultório que ele usa de manhã!), quando esses dois tipos são a mesma pessoa!

O problema da saúde em Timor

Praticamente, só o governo tem programas sanitários. (Mas ultimamente, sei que há uma ou outra organização particular estrangeira que está trabalhando para combater a tuberculose, em cooperação com a igreja católica. Não faço ideia das dificuldades que eles deparam em Timor, principalmente agora, tendo em conta o funcionalismo indonésio, segurança e a presença dos militares e da guerrilha). Pessoas empenhadas em melhorar a saúde em geral, muitas têm que pagar cunhas aos responsáveis da saúde para poderem trabalhar livremente.

Todos os programas são feitos em Jakarta, e são de nível nacional. Como cada programa tem o seu TARGET mínimo (em percentagem de aquisição de certo objectivo) que influencia bastante a vida do médico como funcionário do estado, muitos dos relatórios apresentados são relatórios falsos! E isto acontece em toda a Indonésia. Um simples estudo de investigação (mesmo puramente observacional) provaria que muitos desses sucessos relatados pelo Ministério da Saúde são ilusões.

Um dos aspectos mais difíceis no campo da saúde é a falta de contacto entre os agentes sanitários com a população. Como a maior parte dos médicos não são timorenses, eles são geralmente desconfiados, pois são tomados como agentes do governo indonésio para eliminar a população timorense (o que é uma desconfiança estranha, sem base!). As origens etno-culturais e a língua fazem com que o médico esteja muito mais ligado aos militares (pois são javaneses ou, pelo menos, não timorenses) do que à população onde ele trabalha. Há certos casos onde esta proximidade não é puramente de base etno-cultural, principalmente nos postos onde não existem médicos militares. Em postos desses, o médico (civil) é muitas vezes chamado para examinar as vítimas das pancadas e das torturas feitas pelos militares. (Se está morto ou não, se podem continuar a martirizar ou torturar essa pessoa ou não, ou até para fazer ressuscitar vítimas inconscientes depois de muita pancada, o que se faz muitas vezes com baldes de água!). Outra coisa que torna difícil o contacto entre o médico e a população é a condição geográfica que dificulta muito a mobilização e os transportes, principalmente em tempos de chuva.

A falta de água (problema geral emtodas as zonas rurais indonésias) é muito mais saliente ainda em Timor, onde muitas florestas são queimadas anualmente nos inícios da estação chuveira por motivos militares! As montanhas estão praticamente "carecas" pois os militares mandam queimar tudo para que a guerrilha não se sirva delas como abrigo!

A medicina preventiva é ainda um sonho a ser realizado em Timor. Gasta-se ali muitíssimo dinheiro em comprimidos de Resoquina e Fansidar, ou em comprimidos de Rifampicina e outros comprimidos anti-tbc, mas não se nota nenhum esforço em melhorar as condições sanitárias do ambiente. Os sistemas de esgoto (construídos pelos portugueses) quse desaparecidos, a falta de um plano de urbanização onde os responsáveis pela saúde sejam consultados, esclarecimentos sanitários à população, cujo conteúdo não passa de uma linda história (pois só pode ser aplicado na Java ou em Bali), tudo isto, torna o ambiente higiénico timorense num ambiente muito fértil ao contágio da tuberculose e à expansão da malária. Toda a cidade de Dili está cheia de charcos e os mosquitos abundam. Até agora não vejo nenhum plano sério de combate à malária e à tuberculosa, onde o aspecto preventivo seja saliente.

Como em qualquer aspecto da vida social, a corrupção que reina aqui na Indonésia, tem grande influência na saúde. Muitos relatórios são falsos, muitos projectos são fictivos. Um exemplo: a organização das esposas dos militares tem uma clínica obstectrícia e ginecologia em Dili (perto do Mandarim). Em 1989, os responsáveis pela clínica (militares) fizeram a proposta de construir lá uma salaq de operações, moderna, completa, com todos os aparalhos necessários para operações obstétricas e ginecológicas. A proposta foi aceite e o dinheiro "deceu". Fizeram lá uma salinha. No dia da inauguração (feita p+ela esposa do então Ministro do Exército, Srª. TrY Sutrisno), foram ao hospital do estado (civil), "despiram" todo o material da sala de operações, que foi levado para aquela salinha que construíram na clínica, e o material ficou lá exposto. Até levaram lá o médico (obstreta) para dar as necessárias explicações a essas senhoras de Jakarta, muito orgulhosas por terem arranjado bastante dinheiro para um trabalho social-sanitário muito útil ao pvo timorense! (?). Elas ficaram muito bem impressionadas, pois talvez tenham pensado que o dinheiro (cerca de 600 milhões de rupias) não foi mal gasto! Elas regressaram às 12 ou 13 horas. Às 17.00 todo o material foi devolvido ao hospital civil ... e até agora não sei se já conseguem fazer lá operações!

A Família Planejada

A Família Planejada ou o 'Keluarga Berencana" (KB) é um dos programas com alta prioridade em toda a Indonésia, inclusivé Timor. A aquisição do TARGET na Família Planejada (tantos por cento da população fértil por ano) é muito importante para um médico do Puskesmas. Se, em parte, a maior parte dos números relatados são falsos, por outro lado, o ânimo do jovem médico (e de tantas organizações sociais que muitas vezes fazem projectos sociais onde a saúde está também envolvida) é muito grande em alcançar um target real. Muitas injecções de Anticonceptivos e muitos espirais (intrauterine device, IUD) são dadas sem o doente saber de nada. Essas injecções são tidas como vitaminas e a inserção do IUD faz-se durante uma examinação vaginal. Nunca se faz explicações (esclarecimentos) sobre os possíveis efeitos adversos ou secundários dos medicamentos ou instrumentos que usam na Família Planejada 'para não espantar a população ignorante'. Os esclarecimentos limitam-se a «venha na próxima semana, ou no próximo menos, ou nos próximos 3 meses». Quando aparecem esses efeitos secundários - infecções, hemorragia, etc. ' geralmente culpam o doente .... «Você não veio cá na semana passada» ... «Você não disse que tinha tensão alta», ou frases do género. E isso é política geral na Indonésia: os programas do governo são infalíveis!

O KB é tão importante aqui que as organizações que planeiam um serviço social onde haja também serviço sanitário, têm que inclui-lo na proposta para poder ser aceite pelas autoridades responsáveis. Uma palavra sobre esses serviços sociais prestados pelas organizações semigovernamentais (por exemplo, a organização das esposas dos militares, as senhoras do Golkar, etc.) só transtornam a vida ao médico do lugar onde fazem esses serviços, pois é ele quem tem que fornecer todos os medicamentos!

Julgo que o que está escrito pode dar uma ideia - muito vaga, estou certo disto! - sobre o que está acontecendo no campo sanitário em Timor! Vendo este campo sem metê-lo no contexto sócio-político onde Timor se encontra agora, é iludir-se. No fim de contas, que tem a primeira e a última palavra, em qualquer aspecto social em Timor (e na maior parte da Indonésia) são os militares.

* Texto de **Médico Timorense a Trabalhar em Timor**, destinado a **Conferência "*A Saúde e Doença em Timor*".**

* Leitura do Texto pela **Associação Saúde em Português**, em 6/1/98, durante o **II Congresso de Medicina Geral e Familiar da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa**, em **Macau.**